



Aquí el Sello de Fecha de Recibo

# PETICIÓN PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIO

División de Compensación de Trabajadores de Tennessee  
[www.tn.gov/labor-wfd/wcomp.shtml](http://www.tn.gov/labor-wfd/wcomp.shtml)  
wc.courtclerk@tn.gov  
1-800-332-2667

Expediente #: \_\_\_\_\_  
Archivo del Estado #/Año: \_\_\_\_\_  
RFA #: \_\_\_\_\_  
Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_  
N° de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN PARA LESIONES OCURRIDAS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2014:  
(EL FORMULARIO TIENE QUE SER MECANOGRAFIADO)**

**ESTA PETICIÓN ES PARA: (POR FAVOR, MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad temporal    | <input type="checkbox"/> Beneficios por Discapacidad Permanente<br><i>(El Empleado se encuentra al Máximo Mejoramiento Médico)</i> |
| <input type="checkbox"/> Beneficios médicos por la lesión actual | <input type="checkbox"/> Mediación para aumento de beneficios  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios médicos según orden previa   | <input type="checkbox"/> Aprobación de un acuerdo final  |
| <input type="checkbox"/> Revelación de información               | <input type="checkbox"/> Beneficios por Fallecimiento  |
|  | ¿Hay hijos dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |

**Breve Explicación de cualquier Asunto en Disputa:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Condado de Residencia \_\_\_\_\_  
Fecha de la Lesión \_\_\_\_\_  
N° de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Condado del Empleador \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Persona a Contactar \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico de la Persona a Contactar \_\_\_\_\_

Abogado del Empleado \_\_\_\_\_  
Número de BPR \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Persona a Contactar \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico de la Persona a Contactar \_\_\_\_\_

Abogado del Empleador \_\_\_\_\_  
Número de BPR \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Persona a Contactar \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico de la Persona a Contactar \_\_\_\_\_

Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_  
Administrador de Terceros \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Tasador Principal de la Reclamación \_\_\_\_\_  
No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Fax \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número de Reclamación \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN**  
Trabajo/Ocupación del Empleado en el Día de la Lesión/  
Enfermedad \_\_\_\_\_  
Nombre de las Partes Corporales Lesionadas o Descripción  
de la Enfermedad Ocupacional: \_\_\_\_\_  
¿Dónde ocurrió la Lesión/Enfermedad?:  
Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Breve Descripción de cómo ocurrió la Lesión/Enfermedad:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El Peticionario, \_\_\_\_\_, alega que en este caso existe una disputa entre las partes y solicita que el asunto pase a mediación.

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ SF#: \_\_\_\_\_ DOI: \_\_\_\_\_

**CUIDADOS MÉDICOS**

¿Se le ha proporcionado al Empleado un Panel de Médicos?  Sí  No. De ser "Sí", dé el nombre del Médico seleccionado \_\_\_\_\_

¿Se le ha emitido al Empleado una Tasa de Incapacidad Permanente?  Sí  No

De ser así, por favor proporcione la fecha de Máximo Mejoramiento Médico (Maximum Medical Improvement, MMI), la Tasa de Incapacidad y una copia del Informe Médico Final (Formulario C-30A), si están disponibles \_\_\_\_\_

Dé los nombres de los doctores que le vieron debido a esta lesión: \_\_\_\_\_

Breve Descripción de los Cuidados Médicos Proporcionados: \_\_\_\_\_

**FECHAS OPCIONALES SOLAMENTE PARA EMPLEADOS QUE SE ENCUENTREN EN SU MMI**

Las Partes han discutido fechas posibles para llevar a cabo la mediación y **todas** las partes se han puesto de acuerdo sobre las tres fechas y horas listadas a continuación. (Encierre en un círculo la hora deseada)

Las zonas horarias proporcionadas son:

Hora del Centro  Hora del Este

9:00am / 1:00 pm

9:00am / 1:00 pm

9:00am / 1:00 pm

**PARA APROBACIÓN DE ACUERDOS FINALES SOLAMENTE, POR FAVOR LLAME A LA OFICINA LOCAL PARA VERIFICAR DISPONIBILIDAD.**

**INFORMACIÓN SOBRE SUELDO Y DISCAPACIDAD TEMPORAL**

Número de Semanas solicitadas (si corresponden) para Beneficios por Discapacidad Temporal \_\_\_\_\_

Sueldo Semanal Promedio del Empleado en la Fecha de la Lesión: \$ \_\_\_\_\_/por semana

¿Ha regresado el Empleado al Trabajo?  Sí  No

**EL SEGUNDO FONDO PARA LESIONES (SECOND INJURY FUND, SIF):**

¿Es el Segundo Fondo para Lesiones (SIF) parte de esta reclamación? Sí  No  No se sabe

Si el SIF ya está involucrado, por favor proporcione el nombre del abogado del SIF: \_\_\_\_\_

**Para mantener una reclamación contra el SIF, Ud. tiene que enviar por fax una copia de este formulario al número de fax del SIF, 615-741-4169, o enviar una copia por correo a: Legal Services Director, Legal Section, 220 French Landing Drive, 3B, Nashville, TN 37243.**

**DOCUMENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

**EN RESPALDO DE ESTA PETICIÓN, YO HE INCLUIDO LO SIGUIENTE:**

- Si se ha denegado tratamiento médico, por favor proporcione una copia de la denegación.
- TODOS los registros médicos relevantes, incluyendo notas del consultorio, resultados de pruebas, notas de terapia física y cartas del médico.
- Si Ud. está solicitando beneficios por discapacidad temporal, por favor incluya una nota de su médico por la que lo excluya o lo limite de sus deberes laborales.
- Si Ud. está solicitando pago de facturas médicas, por favor proporcione copias de facturas detalladas y de los registros médicos relacionados a estas facturas.
- Si se está solicitando pago por millaje, por favor proporcione fechas y comprobante de visitas médicas así como cantidad del millaje del viaje de ida y vuelta. (Por favor adjunte separadamente las cantidades de millaje.)
- Descripción del Trabajo del Empleado, de estar disponible.
- Cualquier información y/o documentación adicional que Ud. quisiera que el Mediador revise.

**DECLARACIÓN**

Yo, siendo el Peticionario o el representante del Peticionario, afirmo que la información proporcionada en esta petición para determinación de beneficio es verdadera y exacta a mi saber, parecer y buen entender.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CERTIFICACIÓN DE SERVICIO**

El firmante certifica que hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, se ha enviado una copia veraz y correcta de la Petición para Determinación de Beneficio, mediante fax, correo electrónico y/o Correo de EE.UU. con franqueo postal prepago, dirigida al:

- Empleado \_\_\_\_\_
- Abogado del Empleado, \_\_\_\_\_
- Empleador, \_\_\_\_\_
- Abogado del Empleador, \_\_\_\_\_
- Empresa (de Seguros)/Tasador, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letras de imprenta)